

**Михайлова Елена Викторовна**

**Воздействие реализации национального проекта «Здоровье» на трудовые  
ресурсы региона (на примере Удмуртской Республики)**

Специальность 08.00.05 – Экономика и управление народным хозяйством  
(экономика труда)



Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата экономических наук

Москва–2009

Работа выполнена на кафедре «Управления человеческими ресурсами»  
ГОУ ВПО «Российская экономическая Академия им. Г.В. Плеханова»

Научный руководитель – заслуженный деятель науки РФ,  
доктор экономических наук, профессор  
Одегов Юрий Геннадьевич

Официальные оппоненты: доктор экономических наук, профессор  
Кулапов Михаил Николаевич;  
кандидат экономических наук  
Антонова Галина Александровна

Ведущая организация – ГОУ ВПО «Удмуртский  
государственный университет»

Защита состоится 8 апреля 2009 года в 13.00 часов на заседании  
диссертационного совета Д 212.196.08 при ГОУ ВПО «Российская  
экономическая Академия им. Г.В. Плеханова» по адресу: 117997 г. Москва,  
Стремянный переулок, д.36, ауд. 229

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ ВПО  
«Российская экономическая академия им. Г.В. Плеханова»

Автореферат разослан 6 марта 2009 года

НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА КГУ



0000665305

Ученый секретарь диссертационного совета

*Бабынина* Л.С. Бабынина

## **I. Общая характеристика работы**

**Актуальность темы диссертационного исследования.** В настоящее время в Российской Федерации реализуются приоритетные национальные проекты в таких важнейших областях как жилищная сфера, аграрно-промышленный сектор, образование, здравоохранение.

Именно эти сферы по мнению президента и правительства определяют качество жизни людей и социальное самочувствие общества. И, в конечном счете, решение именно этих вопросов прямо влияет на демографическую ситуацию в стране и, что крайне важно, создает необходимые стартовые условия для развития человеческих ресурсов.

Согласно данным Всемирного банка уже к 2030 году численность населения России может упасть до 100 миллионов человек. Такое развитие событий с экономической точки зрения приведет к острому дефициту трудовых ресурсов, будет препятствовать освоению новых рынков и развитию экономики в целом.

Суть глубокого кризиса общественного здоровья и здравоохранения состоит в катастрофическом уменьшении численности и ухудшении качества здоровья населения, несвойственных для мирного времени, в деградации среды обитания человека, в растущей неспособности здравоохранения и других социальных систем защитить жизнь и здоровье гражданина, обеспечить медико-санитарные нужды населения.

Исследование хода реализации одного из направлений национального проекта «Здоровье» призвано изучить влияние осуществляемых государством мероприятий на некоторые показатели здоровья, демографическую ситуацию и формирование человеческих ресурсов в регионе.

Этим обусловлена актуальность темы исследования, постановка цели и необходимость решения ряда задач.

**Степень научной разработанности темы.** Теоретической основой диссертационного исследования послужили научные исследования таких ученых как Волгин Н.А., Галиахметов Р.А., Гарсия-Исер М.Х., Горелов Н.А.,

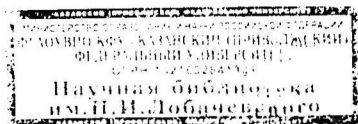


Капелюшников Р.И., Колосова Р.П., Костин Л.А., Одегов Ю.Г., Павленков В.А., Рофе А.И., Рудаков М.Н., Руденко Г.Г., Топилин А.В.

Вопросам воспроизводства человеческих ресурсов посвящены работы Добрынина А.И., Дятлова С.А., Иоффе В.М., Кокорева И.А., Марцинкевича В.И., Панкратова А.С., Прохорова Б.Б., Струмилина С.Г. Проблемы здоровья и здравоохранения исследовались в трудах: Вишневского А.Г., Кораблева В.Н., Корховой И.В., Назаровой И.Б., Римашевской Н.М., Томилина С.А. (проблемы здоровья и демографии населения); Акопяна А.С., Беклемишева О.А., Бирюковой Н.Б., Кузьменко В.Г., Кузьминова Я.И., Лучкевича В.С., Новгородцева Г.Л., Полякова И.В., Селезнев В.Д., Шиленко Ю.В. (экономика здравоохранения). На формирование научных взглядов автора оказали влияние труды зарубежных ученых Вудруффа С., Беккера Дж., Гросмана М., Друкера П., Каплана Р., Коулмана Дж., Коуза Р., Нортон Д., Стеффорда М. и др.

Демографическая ситуация в России, оказывающая непосредственное влияние на процессы формирования человеческих ресурсов, является предметом пристального внимания как отечественных, так и зарубежных ученых, но среди многочисленных работ региональные аспекты затрагиваются в единичных исследованиях. Автором сделана попытка оценить накопленный опыт в части влияния медико-демографических факторов на формирование человеческих ресурсов и, показать воздействие на этот процесс национального проекта «Здоровье» на примере Республики Удмуртия, т.к. именно региональный анализ медико-демографических аспектов позволяет выявить факторы, определяющие особенности формирования человеческих ресурсов, понять универсальность и специфику этих факторов на определенных этапах развития России.

Целью диссертационного исследования является изучение и оценка различных аспектов демографической составляющей трудовых ресурсов, а также разработка практических рекомендаций по реализации приоритетного национального проекта «Здоровье», направленных на улучшение уровня здоровья путем повышения качества системы здравоохранения на примере Удмуртской Республики.





**Поставленная цель определила решение следующих научно-практических задач:**

- оценить масштабы потерь человеческого капитала за счет негативных тенденций на рынке труда, их определяющих;
- выявить особенности и описать устойчивые тенденции, характерные для демографической ситуации в России и Удмуртской Республике;
- обобщить и дополнить существующие теоретические подходы к исследованию категории «здоровье» как способности к труду;
- проанализировать итоги реализации национального проекта «Здоровье» на федеральном и региональном уровнях;
- обосновать социальную и экономическую эффективность предлагаемой в исследовании модели использования средств, выделенных по национальному проекту «Здоровье» «родовым сертификатам»;
- разработать рекомендации по формированию объективных критериев распределения средств, связанных с оплатой медицинских услуг в рамках национального проекта «Здоровье».

**Предмет исследования** – социально-трудовые отношения при формировании трудовых ресурсов региона под воздействием реализации национального проекта «Здоровье».

**Объект исследования** – демографическая составляющая федерального и регионального рынков труда.

**Теоретической и методологической основой диссертационного исследования** послужили монографии и статьи отечественных и зарубежных специалистов в области рынка труда, формирования человеческих ресурсов, как на федеральном, так и региональном уровнях, а также труды специалистов в области экономики и управления здравоохранением. Нормативно-правовую основу работы составили законы Российской Федерации, законодательные и нормативные акты Президента и Правительства Российской Федерации, региональных органов власти. Эмпирической базой исследования являются

нормативно-правовая база, статистическая информация федеральных и региональных органов государственного управления и системы здравоохранения.

Информационную базу исследования составили тематические сборники и справочники, официальные издания Министерства здравоохранения и социального развития РФ, Министерства здравоохранения Удмуртской Республики, информационные и статистические сведения, публикуемые в официальных изданиях, периодической печати, а также данные специальных исследований, проведенных автором и другими специалистами.

Диссертационное исследование основывается на принципах системного подхода, для решения поставленных задач применялись методы системного анализа, моделирования, математической статистики, графического анализа, синтеза, обобщения и классификации, экстраполяции, абстракции и др.

**Научная новизна диссертационного исследования** состоит в обосновании теоретико-методических положений по устранению ряда отрицательных причин, воздействующих на формирование человеческих ресурсов в результате улучшения состояния здоровья населения.

Наиболее существенные результаты, полученные лично автором и представленные к защите, состоят в следующем:

- выявлено, что сокращение численности населения трудоспособного возраста - как следствие продолжающейся депопуляции, актуализирует проблему сохранения и развития трудового потенциала населения, связанного с длительностью жизни в рабочем периоде и сохранением активности без болезней и инвалидности;

- сделан вывод о том, что вплоть до 2006г. происходило ухудшение трудового потенциала российского населения вследствие, в первую очередь, экзогенных и социально значимых причин («болезней бедных») преждевременной смертности и качественной деформации этих потерь;

- предложено авторское определение категории «здоровье», выявлена его структура и доказано влияние уровня здоровья, а также состояние системы здравоохранения на качество человеческих ресурсов;

- сделаны на основе анализа показателей рождаемости, смертности и продолжительности жизни практические выводы о том, что никакие изолированные усилия здравоохранения не приведут к снижению потерь трудового потенциала России, к улучшению его качества: решить эту задачу может только исправление диспропорций, которыми определялись негативные явления постсоветского периода;

- дана оценка ситуации, сложившейся в области рождаемости населения и отмечено, что она во многом связана с абсолютно новым явлением, нигде в цивилизованных странах не отмечавшимся режимом воспроизводства женского населения России.

- определена технология и разработана модель оценки практических результатов реализации национального проекта «Здоровье» в части, касающейся использования родовых сертификатов;

- выявлены критерии и подходы к определению социально-экономической эффективности использования средств, выделенных по национальному проекту «Здоровье».

**Теоретическая и практическая значимость исследования** состоит в том, что материалы исследования могут быть использованы для дальнейшего совершенствования теории и практики регулирования рынка труда, формирования человеческих ресурсов на основе улучшения уровня здоровья населения региона.

Выводы работы могут иметь значение для совершенствования практики реализации национальных проектов и целевых программ развития как на федеральном, так и региональном уровнях.

Данная работа может представлять интерес для органов федеральной власти (Министерства здравоохранения и социального развития, Министерства регионального развития, Министерства экономического развития и торговли), региональных органов управления при модернизации законодательно-нормативной базы, разработке отраслевых документов, направленных на улучшение социально-экономического положения.

**Апробация и внедрение результатов исследования.** Основные положения диссертации докладывались на Международной научно-практической конференции «Трудовой потенциал как важнейший фактор социально-экономического развития территории» (6 июня, 2008г., г. Воронеж); Двадцатых международных Плехановских чтениях (3-6 апреля 2007г., г. Москва); «Повышение эффективности работы персонала» (30 октября 2008г., г. Ижевск).

Результаты исследования нашли применение в деятельности Удмуртского территориального фонда обязательного медицинского страхования, ГУЗ «1 Республиканская клиническая больница», ГОУ ВПО «Ижевский государственный технический университет». Ряд положений диссертации используются в учебном процессе при изучении студентами курсов «Управление человеческими ресурсами», «Управление трудовыми ресурсами», которые читаются на факультете Менеджмента ГОУ ВПО «Российская экономическая академия им. Г.В. Плеханова».

**Публикации.** Основное содержание диссертации отражено в 5 публикациях общим объемом 1,5 п.л., в том числе в 1 публикации объемом 0,2 п.л. в издании, рекомендуемом ВАК РФ.

**Структура работы.** Структура диссертации определяется логикой и целью исследования. Диссертация состоит из введения, трех глав, заключения и списка используемой литературы. Общий объем работы содержит 191 страницу машинописного текста. Список использованной литературы состоит из 192 наименований. Цифровой и графический материал представлен в 37 таблицах и 17 рисунках и графиках.

## **II. Основное содержание и результаты работы**

1. В результате глубоких институциональных реформ Россия достигла значительного прогресса в формировании экономики рыночного типа. Итоги экономического развития последних лет свидетельствуют о развитии положительных тенденций: ежегодный прирост ВВП на уровне 5-7% при ускорении роста инвестиций в основной капитал и валовой продукции

промышленности. Опережающий рост инвестиционного спроса оказал существенное влияние на изменение вкладов основных отраслей экономики в динамику производства ВВП. Как отмечается в докладе PricewaterhouseCooper (PwC) «Мир в 2050г.», если экономика России в 2007 году была в 12,5 раз меньше США, то к 2050 году Россия сократит разрыв до 5,9 раз.

Однако в 2006 году завершилась положительная динамика роста численности занятых в экономике, и, начиная с 2007года, страна вступила в период абсолютного сокращения численности занятых (за 2007 – 2008 годы – на 0,3 млн. чел.). В перспективе это будет существенно ограничивать экстенсивные факторы экономического роста. В результате проведения реформ страна вместо кадровой преемственности получила возрастной «провал» в кадрово-профессиональной системе почти во всех ведущих сферах деятельности.

Максимальное сокращение кадров в России пришлось на 1992-1996 годы, когда ежегодно предприятия теряли до 10% численности своих работников. И к началу 2000 года большинство организаций имели их почти на треть меньше, чем перед реформами. В основном остались люди предпенсионного возраста.

Россияне не рассматривают достижение пенсионного возраста как сигнал к уходу на заслуженный отдых. Действительно, пенсионер может рассчитывать только на треть от средней зарплаты, тогда как работающий пенсионер – на 80%. По опросам Независимого института социальной политики, 75% наших сограждан будут работать еще много лет после того, как достигнут пенсионного возраста. Но удастся это лишь 40% – остальным мешает здоровье или желание работодателя избавиться от «старых» сотрудников. Если уровень здравоохранения и продолжительность жизни в России вырастут, пенсионный ресурс может стать одним из основных для российской экономики.

Согласно Лиссабонской стратегии, ЕС предпринимает усилия, направленные на решение проблемы недостатка рабочей силы путем повышения трудовой активности лиц постпродуктивного возраста.

По мнению автора в современных условиях следует говорить, не о проблемах «постарения» а об изменении привычной структуры работающего

населения – сдвиге основной массы работников в более старшие возрастные группы (см. табл. 1). Если в 1970г. основная масса работающих приходилась на возрастную группу от 25 до 40 лет, то сейчас она концентрируется в возрасте 35-55 лет (с дальнейшим всплеском около 65 лет). При этом необходимо учитывать, что представители этих «взрослых» возрастных групп в свое время получили качественное и разнообразное образование и профессиональную подготовку. Таким образом, эти трудовые ресурсы (если не по содержанию подготовки, то по ее типу и степени освоения навыков) гораздо более готовы к эффективной, качественной работе, чем пришедшие на рынок труда в последние 10-15 лет. В целом же трудовой резерв инновационной российской экономики оцениваться экспертами в 15,0 млн. чел.

Таблица 1

**Некоторые особенности структуры экономически активного населения по возрастным группам в 2000-2007гг. (в %)**

годы	всего	В том числе в возрасте, лет									
		До20	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	После 60
2000	100	3,0	10,3	12,2	11,7	15,0	15,6	13,8	9,6	4,2	4,5
2001	100	2,7	10,4	12,5	11,7	14,2	15,8	14,1	10,7	3,7	4,1
2002	100	2,8	10,2	12,7	11,8	13,3	15,7	14,1	11,2	3,9	4,3
2003	100	2,6	10,2	12,7	12,0	12,5	15,5	14,2	11,5	4,6	4,1
2004	100	2,6	10,1	12,9	12,2	11,9	15,0	14,5	11,7	5,4	3,7
2005	100	2,5	10,3	12,9	12,3	11,5	14,3	14,3	11,9	6,5	3,5
2006	100	2,3	10,2	13,0	12,6	11,6	13,4	14,5	12,0	7,0	3,2
2007	100	2,1	10,3	13,2	12,4	11,6	12,6	14,6	12,1	7,5	3,4
Справочно:											
1992	100	4,4	9,9	12,7	15,9	15,2	13,4	6,8	11,7	5,8	4,2

Источник: Федеральная служба государственной статистики России

Таким образом, необходимо изменить представление о лицах, достигнувших пенсионного возраста, как о несущественном и ненадежном ресурсе, осознать значимость представителей этих возрастных групп как дополнительного ресурса, в реальности достигших когда-то высокого уровня квалификации, в значительной своей части сохранившем интеллектуально и, кроме того, развитом и имеющим внутренние возможности развиваться и далее.

2. К числу важнейших вызовов современного этапа развития России справедливо можно отнести проблему рождаемости и высокой смертности, особенно мужчин в трудоспособных возрастах (см. табл. 2).

По численности населения Россия входит в десятку стран мира, уступая Китаю, Индии, США, Индонезии, Бангладеш, Бразилии и Пакистану. Однако население Российской Федерации в настоящее время стремительно сокращается, что представляет собой одну из наиболее серьезных угроз национальной безопасности России в XXI веке. Большую тревогу вызывает ситуация, при которой поколение детей лишь на 60% замещает поколение родителей, страна из-за естественной убыли ежегодно теряет 600-700 тыс. человек.

Таблица 2

**Возрастная структура населения России**

	<b>ПЕРЕПИСИ НАСЕЛЕНИЯ</b>					
	1939г.	1959г.	1970г.	1979г.	1989г.	2002г.
Старшие возрастные группы	9	12	15	17	18	21
Трудоспособные	53	58	56	60	58	61
Младшие возрастные группы	38	30	29	23	24	18

При общем постоянном тренде к уменьшению младших и увеличению старших возрастов ситуация с трудоспособными ресурсами (без учета будущих демографических тенденций), по данным переписи 2002 года не хуже, чем в относительно благополучном 1979г. Понятно, что будущее вызывает серьезные опасения и необходимы немедленные меры по регулированию демографического положения. В условиях демографического спада страна вплотную подошла к периоду абсолютного сокращения населения в трудоспособном возрасте.

С начала 1990-х годов в России наблюдается крайне неблагоприятная ситуация в области воспроизводства населения, которая может быть охарактеризована как демографический кризис. Современная демографическая обстановка в России сложилась на фоне длительных неблагоприятных тенденций развития населения, начиная с конца 1960-х годов. Эволюция процессов в области рождаемости, смертности, семейно-брачных отношений, миграции сопровождалась резким экономическим кризисом и падением уровня жизни значительной части населения.

В конечном итоге это приводит к постоянно увеличивающейся финансовой нагрузке на работающих, удельный вес которых неуклонно уменьшается. Катастрофическое ухудшение демографической ситуации в России продолжается

уже около 10 лет. Демографические потери по-прежнему служат источником экономического ущерба от утраты, как самих человеческих ресурсов, так и произведенных, но не давших полного эффекта, вложений в человека (в воспитание, образование, охрану здоровья и пр.). Но важнее этих потерь постоянно демонстрируемая российским обществом неспособность к достижению таких целей, как более долгая и здоровая жизнь. Не случайно, что в послании В.В. Путина Федеральному Собранию в мае 2006 года самой острой проблемой современной России была названа демографическая.

Здесь было бы полезным соединить несколько стратегий:

- повышение занятости лиц в возрасте старше 60 лет; исследования показывают, что сегодня благодаря медицине в умственном отношении пожилые люди ни в чем не уступают людям среднего возраста;
- учет физиологических возможностей лиц пожилого возраста, которые не любят работать в условиях стресса и не все способны сохранять высокий уровень производительности труда в течение восьмичасового рабочего дня. Однако в нетипичной ситуации их творческие способности значительно выше, чем креативность представителей молодого или среднего возраста.

3. Демографические процессы, в основе которых лежат законы популяционного развития, отличаются особой инерционностью смены поколений и с трудом поддаются внешним воздействиям.

По данным демографических прогнозов старение населения в развитых странах будет прогрессировать в течение следующих четырех десятилетий, а пик процесса будет достигнут к 50 годам XXI века (см. табл. 3).

При сопоставлении российской ситуации с другими странами, мы можем наблюдать то, что с одной стороны, сокращение населения идет за счет низкой, даже по меркам развитых стран, рождаемости, а с другой стороны, аналоги смертности, наблюдаемой в России 90-х годов, можно найти лишь среди слаборазвитых стран. В этом проявляется особенность современной России, одновременно сочетающей в себе ментальность современного, т.н. «массового общества», «общества потребления» и экономическую отсталость, и именно это



заставляет оценивать современную демографическую ситуацию в стране как кризисную. Строя прогноз в области рождаемости, нужно учитывать, что на нее влияют достаточно устойчивые нормы репродуктивного (детородного) и matrimoниального (брачного) поведения населения.

Таблица 3

**Прогноз демографических тенденций в мире  
(численность населения в 1995г.=100)**

	1995г.	2000г.	2010г.	2020г.	2030г.	2050г.
США: Население	100,0	104,8	113,0	119,8	124,7	127,2
Демографическая нагрузка	19,2	19,0	20,4	27,6	36,8	38,4
Япония: Население	100,0	101,3	102,2	100,6	97,6	91,6
Демографическая нагрузка	20,3	24,3	33,0	43,0	44,5	54,0
Германия: Население	100,0	100,0	97,2	94,2	90,6	81,2
Демографическая нагрузка	22,3	23,8	30,3	35,4	49,2	51,9
Франция: Население	100,0	102,0	104,9	106,9	107,8	106,1
Демографическая нагрузка	22,1	23,6	24,6	21,3	39,1	43,5
Италия: Население	100,0	100,1	102,2	103,5	103,9	102,0
Демографическая нагрузка	23,8	26,5	31,2	37,5	48,3	60,0
Великобритания: Население	100,0	101,0	102,2	103,5	103,9	102,0
Демографическая нагрузка	24,3	24,4	25,8	31,2	38,7	41,2
Канада: Население						
Демографическая нагрузка	17,5	18,2	20,4	28,4	39,1	41,8
Швеция: Население	100,0	101,8	103,8	105,7	107,0	107,0
Демографическая нагрузка	27,4	26,9	29,1	35,6	39,4	38,6

Источник: данные МВФ

Демографы различают краткосрочные прогнозы (под которыми понимаются прогнозы, ориентированные на период времени, продолжительность которого сопоставима с длиной демографических поколений). Этими различиями обусловлена разница в подходах к их обоснованию.

Считают, что эти прогнозы не нуждаются в детальной проработке, поскольку все влияющие на них факторы уже проявили себя. Поколения, поведение которых может повлиять на демографическую динамику, уже родились; большая их часть уже имеет достаточно четкие представления о своем идеальном будущем и восприняла из окружающей действительности нормы и установки поведения, подкрепляющие реализацию их жизненной стратегии. Поэтому, ссылаясь на высокую инерционность демографических процессов, в случае устойчивого, эволюционного развития трендов, для такого типа прогнозов обычно используют экстраполяцию наблюдаемых в настоящее время тенденций на будущее.

Для построения более точных прогнозов нужно иметь достаточно четкое представление о перспективной стратегии развития страны. Проблемы связаны с трудностями предсказания развития трех основных процессов, формирующих динамику народонаселения: рождаемости, смертности и миграции. Трудно оценить, как будет изменяться демографическое (репродуктивное) поведение ещё не родившихся поколений, социализация которых будет происходить в иных условиях. Сложно предугадать возможность прорыва в медицинской науке, который повлияет на величину продолжительности жизни, либо возникновение новой острокризисной ситуации, которая вызовет рост смертности. И, наконец, невозможно прогнозировать миграцию, коль скоро нельзя предугадать спонтанные политические и экономические изменения, которые формируют масштабы и направления внутренних и внешних миграционных потоков.

Однако, при всех колебаниях имеющихся прогнозных оценок, нет сомнений относительно того, что стратегической линией демографического развития России в перспективе, исходя из современной ситуации, являются депопуляция, старение и деградация возрастной структуры населения.

Сильнее всего, свидетельствует статистика, процесс депопуляции идет среди русского (славянского) населения. Хуже всего ситуация в Северо-Западном, Центральном (кроме Москвы), Центрально-Черноземном районах.

В Удмуртской Республике в 2007г. коэффициент общей смертности, оставаясь высоким, приобрел тенденцию к снижению и стал равен 14,2% против 14,3% в 2006г., что ниже по сравнению с уровнем смертности населения в Приволжском ФО (15,2%) и Российской Федерации (14,6%) (см. табл. 4). Темп снижения показателя смертности за 2007г. в целом по Удмуртии составил 0,7%.

В целом, за период с 1994г. потери населения трудоспособного возраста в республике адекватны полной потере населения 4-5 сельских районов со средней численностью населения около 18-20 тыс. человек.

4. В России сложился один из самых низких показателей рождаемости и фактически отсутствует воспроизводственный потенциал для замещения поколений родителей поколениями детей. Для простого воспроизводства

населения показатель рождаемости на одну женщину должен быть 2,14– 2,15, у нас же он опустился до 1,17, то есть подавляющее большинство семей имеет всего одного ребенка. По сравнению с другими этносами с очень низкой рождаемостью и большим количеством пожилых людей (шведы, японцы, французы, белые американцы) русские не стареющая, а вымирающая нация.

Еще менее утешительная ситуация в области смертности: младенческая смертности в 3-4 раза выше, чем в развитых странах. В десяти областях в январе нынешнего года на одного родившегося приходилось трое умерших, а в Псковской области даже четверо. Естественный прирост, фиксируется только в 16 регионах; очень высокие показатели смертности в трудоспособных возрастах.

Таблица 4

**Динамика общей смертности в Удмуртской Республике за 1987-2007гг.**

Годы	Число умерших		Коэффициент смертности		Смертность в РФ на 1000 населения
	абсолютное	на 1000 населения	к предыдущему (%)	к 1987г. в (%)	
1987	15188	9,6	100,0	100,0	10,5
1988	15138	9,4	97,9	97,9	10,7
1989	15488	9,6	102,1	100,0	10,7
1990	15816	9,7	101,0	101,0	11,2
1991	16002	9,8	101,0	102,2	11,4
1992	18063	11,0	112,2	114,6	12,1
1993	21811	13,3	120,9	138,9	14,5
1994	24183	14,4	110,5	153,1	15,6
1995	22445	13,7	93,2	142,7	15,0
1996	20641	12,6	91,9	131,2	14,2
1997	19881	12,1	96,0	126,0	13,8
1998	19080	11,7	96,7	121,8	13,6
1999	20745	12,7	108,5	132,3	14,7
2000	21852	13,4	105,5	139,6	15,4
2001	22810	14,1	104,3	150,2	15,6
2002	24520	15,2	107,5	181,2	16,3
2003	24571	15,7	103,3	163,5	16,5
2004	23994	15,4	98,0	160,4	15,9
2005	24006	15,5	100,6	161,5	16,1
2006	22011	14,3	92,3	149,0	15,2
2007	21727	14,2	99,3	147,9	14,7

Существенные изменения в динамике населения могут произойти, если уменьшится вероятность смерти от тех причин, смертность от которых всегда наиболее высока в средних, а не в старших возрастах (прежде всего от несчастных случаев, отравлений и травм), а также будет оттеснена к более

поздним возрастам смертность от тех причин, которые более или менее естественны в пожилом и старческом возрасте.

Динамика процессов естественного движения в России на протяжении всего XX столетия, как и во всех индустриально развитых странах, определялась закономерностями демографического перехода к современному типу воспроизводства населения, который характеризуется поздней брачностью, малодетностью и планированием рождения детей, низкой смертностью и высокими показателями продолжительности жизни.

Изменения уровня смертности привели к тому, что если в 1984г., как и в 1992г., в год начала реформ, из достигших 15 лет (начала возраста трудоспособности) до его конца (60 лет) доживало только 65% мужчин и 87% женщин, то в 2004г. – только 55% мужчин, т.е. чуть больше половины, вступивших в возраст трудоспособности, и 83% женщин. Увеличилась на 40 процентов смертность среди 15–19 летних и при сохранении такой динамики только 54% сегодняшних 16-летних юношей доживут до пенсионного возраста.

Уже в 2000г. негативный тренд полностью исчерпал себя, и началось снижение смертности 15-19-летних юношей и девушек. Надо сказать, что темпы снижения смертности подростков, особенно девушек, довольно низки, но шести летний устойчивый тренд не оставляет оснований для возвратного негативного развития событий. С 2002г. можно констатировать исчерпание негативного тренда смертности пожилых и начало сокращения потерь в возрастных группах старше 60 лет. В 2003г. был достигнут максимум смертности в старших трудоспособных возрастах 45–49 лет, перешедших в относительную стабилизацию. В наиболее активных группах населения – 25–44 года рост смертности продолжался до последнего года и у мужчин, и у женщин.

Таким образом, в России устойчивая стабилизация смертности, не вызванная экстремальными факторами, наступила лишь в начале XXI века, а отчетливый рост продолжительности жизни отмечен лишь в 2006г., который привнес в картину смертности давно ожидавшийся перелом: в молодых и трудоспособных возрастах, в которых ситуация развивалась наиболее негативно,

можно констатировать начавшуюся стабилизацию и первые признаки хотя и незначительного, но сокращения смертности.

По данным Росстата в 2007 году естественная убыль населения составила 3,4 человека на 1000 человек населения, что на 30,5% меньше, чем в соответствующем периоде 2006 года. Показатель естественной убыли населения на 1000 человек населения – самый низкий за последние 14 лет. Число умерших сократилось по сравнению с 2006 годом на 4,3%. В определенной степени это связано с началом реализации с 2006 года комплекса мер по повышению доступности и качества медицинской помощи, предусмотренных национальным проектом в сфере здравоохранения. Наметилась устойчивая тенденция к снижению смертности от социально-значимых заболеваний. Продолжает снижаться младенческая смертность. Следует заметить, что режим воспроизводства зависит не только от рождаемости, но и от смертности. В современной России вклад роста смертности в суженное воспроизводство населения более значителен, чем вклад снижения рождаемости. По данным Росстата (согласно переписи населения) с 1989 по 2002 годы смертность в стране выросла в 1,5 раза, рождаемость сократилась в 1,4 раза.

5. Наши потери затрагивают все основные составляющие жизненного потенциала: как годы трудовой жизни, так и время жизни в «дорабочем» и «послерабочем» возрастах. На это указывают изменения продолжительности жизни на интервале трудоспособности (15-59 лет). В 1970-е–1980-е гг. в России было очень мало пожилых людей, от численности которых зависит, в основном, число умерших, и население страны до 1992г. росло во многом благодаря этому. Пожилые принадлежали к поколениям, родившимся в конце XIX начале XX века. Из них немногие дожили до старости. Если бы этих потерь не было, население России имело бы возрастную структуру типичных европейских стран. За период 1984-1991гг. продолжительность жизни на интервале трудоспособности выросла на 0,7 года в мужской и на 0,2 года в женской популяции, постсоветские реформы обернулись потерей 1,6 и 0,6 года соответственно. Действительно катастрофическим оказался 1992г., первый год постсоветской России, когда за

год (1991 – 1992гг.) продолжительность жизни российских мужчин снизилась на 1,4 года, женщин – на 0,5 года. За последующие 15 лет Россия пережила еще один кризис смертности, совпавший с дефолтом 1998г., и последствия этого кризиса до конца не исчерпаны. Продолжительность жизни в 2004г. в мужской популяции приближалась к минимальному за последнее 20-летие уровню, достигнутому в 1994г. (38,1 против 37,9 года) и сравнялась с таковым в женской популяции (42,8 года). В итоге к началу XXI столетия Россия вернулась примерно к тому же уровню отставания по показателю продолжительности жизни от западных стран, какой был в царской России в начале XX века, причем для мужчин этот показатель даже вырос.

По оценке ВОЗ, в 2000г. по показателю продолжительности здоровой жизни мужчин (на 14,4 года меньше, чем в США) Россия находилась на 133-м месте в списке из 192 стран, женщин (на 7 лет меньше, чем в США) – на 70-м месте. Ожидаемая продолжительность жизни жителей Удмуртии на один год меньше, чем в России и составляет 64,7 года.

В случае увеличения продолжительности жизни Россию ждет довольно быстрое увеличение в составе населения доли лиц пожилого (после 60-ти лет) и старческого (после 75 лет) возрастов. При нынешней границе пенсионного возраста (55 лет женщин, 60-мужчин) к середине века в этих возрастах окажется около 40% всего населения, то есть сравнительно с нынешним положением, произойдет удвоение доли пенсионеров. «Нагрузка» же пенсионерами лиц рабочего возраста – более чем удвоится, поскольку значительно сократится доля лиц рабочего возраста (в нынешних границах). Верхняя граница рабочего возраста, возможно, будет пересмотрена. Но это мало что изменит с точки зрения обеспечения народного хозяйства страны рабочей силой, поскольку и сейчас значительная доля лиц младших пенсионных возрастов (особенно, первого пенсионного пятилетия), работает.

По мнению автора, демографический кризис тесно связан как с системным, прежде всего, социально-экономическим кризисом в стране, так и с кризисом семейно-брачных отношений, наблюдающимся во многих развитых странах, и,

прежде всего, изменением роли семьи в жизни современного общества. Произошли изменения основополагающих функций семьи, образа жизни, ритма ее формирования, семейных ролей и внутрисемейных отношений, семейной морали, а также матримониального, репродуктивного и сексуального поведения, положения всех возрастно-половых групп.

В 80-е гг. XX века для России характерны сравнительно небольшие масштабы влияния перемен в условиях жизни на демографическую динамику. Так, демографическая политика начала 80-х годов и привели к повышению суммарного коэффициента рождаемости с 1,895 в 1980-1981 гг. до 2,194 – в 1986-1987 гг., то есть всего на 15,8%. Но значительная часть этого повышения была следствием так называемого «таймингового сдвига», – более раннего появления части детей, чем это было бы без изменения условий рождаемости. В случае если не происходит изменения потребности семьи в детях в сторону увеличения, эти дети будут вычтены из числа рожденных в последующие годы, что и произошло после 80-х гг.

В ходе этих перемен производственная деятельность, оставаясь источником средств существования семьи, переместилась за ее пределы и превратилась для большей части населения – как для мужчин, так и для женщин, – в труд за зарплату. В результате «центр тяжести» социального контроля над демографическим и семейным поведением людей уходит с институционального уровня (со стороны самой семьи или государства, церкви, сельской общины) на уровень индивида, резко расширив свободу индивидуального выбора во всем, что касается личной жизни человека. Этим закладываются основы эмансипации человека от семьи, и в то же время подрываются основы прежней семейной сплоченности и солидарности, гарантировавшие относительную экономическую и социальную безопасность индивида в прошлые эпохи.

6. Физическое здоровье относится к базовым потребностям, которые являются универсальными условиями для успешного участия в любой деятельности. Одно из наиболее распространенных определений здоровья звучит как: здоровье населения – это свобода от ограничения качества жизни вследствие

снижения социальной, физической, психической, функциональной деятельности или вследствие боли. Мы считаем его в основном верным, но не согласны с тем, что в нем доминирует исключительно медицинский аспект. По нашему мнению, такой подход к определению здоровья не позволяет рассматривать его с позиций такой социально-экономической категории, как способности к труду.

Здоровье в этой связи может трактоваться двояко: как отсутствие специфических болезней или, более глубоко, как выживание. Непременным атрибутом человеческого существования является автономность, которая предполагает дефицит следующих характеристик: душевного здоровья, способности к познанию и возможности принимать социальное участие.

Помимо базовых существует ряд промежуточных потребностей человека, которые обеспечивают ему сохранение здоровья и автономии, позволяя принимать активное участие в социальной жизни.

Данные зарубежных и российских исследований доказывают наличие связи личного и общественного социально-экономического статусов с показателями индивидуального здоровья. Индивидуальный социально-экономический статус (основанный на личном доходе) является значимым предсказателем курения и избытка веса человека; общественный социально-экономический статус прогнозирует заболевания сердца, алкоголизм, диабет, курение, избыточный вес.

Исходя из модели социального действия, здоровье рассматривается как результат деятельности самого индивида и находится в зависимости от занимаемых им социальных позиций, и в этом смысле концепция образа жизни тесно переплетена с теорией стратификации, когда здоровье зависит от:

- занимаемой должности и связанных с нею возможностей пользоваться медицинскими услугами, получаемого дохода и возможностей оплаты медицинских услуг, мер профилактики, рекреации;

- санитарно-гигиенических и других условий труда.

В стратификационных исследованиях здоровье может выступать в качестве дополнительного фактора, давая важную иллюстративную информацию в понимании и толковании социальной действительности.



Кроме того, образ жизни человека рассматривается в зависимости не только от набора дескриптивных признаков: социального статуса, образования, профессии и т.д., но и аскриптивных характеристик, возраста и пола.

Одно из направлений развития исследований здоровья связано с его обусловленностью образом жизни индивидов. Еще в 1922г. ученые отмечали, что здоровье населения формируется всеми культурными, социально-экономическими условиями жизни и особенностями психики людей.

В условиях рыночных отношений усиливается объективная необходимость обращения человека к собственному здоровью как к первооснове своей жизнедеятельности. Учеными неоднократно предпринимались попытки оценить индивидуальное здоровье с позиций «затраты – доходы».

Обладание наиболее достижимым уровнем здоровья – одно из основных прав каждого человека без различия расы, религии, политических убеждений, экономического или социального положения. В отношении здоровья все граждане имеют равные права, равные обязанности и равную ответственность. Задача – здоровье для всех – подтверждена 51-й Всемирной ассамблеей здравоохранения (май, 1998).

Состояние здоровья населения на макроуровне характеризует здоровье нации, или общественное здоровье. Здоровье нации как интегральный показатель определяется на основе учета половозрастных, социальных и профессиональных групп людей, проживающих на определенной территории и формирующих в конечном итоге здоровье всего населения. Исходной «клеточкой» общественного здоровья является здоровье отдельного человека (индивидуума, личности).

Состояние здоровья нации влияет на количественную и качественную характеристику трудовых ресурсов, социальную, экономическую и трудовую активность населения. Последние, в свою очередь, оказывают непосредственное воздействие на уровень важнейших макроэкономических показателей (ВВП, национальный доход и др.). Здоровье нации – один из важнейших факторов, который определяет и национальную безопасность страны, и ее национальное богатство. Здоровье народа является не только целью, но и одним из основных

условий для современного экономического роста. Признание здоровья как высшего национального приоритета государства находит все большее понимание и поддержку у российского руководства.

Чрезвычайно важную роль для оценки здоровья играет стандарт здоровья – интегральный стандартизованный показатель здоровья популяции. С одной стороны, стандарт здоровья отражает динамику развития потенциала здоровья популяции, демонстрируя степень эффективности функционирования национальной системы здравоохранения, с другой – характеризует социоэкологические условия окружающей среды. Обобщенная информация о здоровье человека и лечебно-оздоровительных программах, крайне необходимая как самому человеку, так и организациям здравоохранения, страховым компаниям, содержится в «Сертификате здоровья человека». Сопоставление сведений о состоянии здоровья человека, содержащихся в его «Сертификате здоровья», с единым для всех представителей данной популяции стандартом здоровья позволяет определить объем, направление и скорость изменения потенциала здоровья этого конкретного индивида.

7. В течение десятка лет XX века в России происходило недостаточное бюджетное финансирование здравоохранения, что привело к массовому оттоку квалифицированных кадров из медицинских учреждений, как по причине низкой оплаты, так и по причине плохих условий труда.

Если в 2005 году средняя заработная плата населения в целом по стране составила 8651 рубль, то врачи получали около 5000 рублей, средний медицинский персонал – 2000 руб. и младший – 1500 рублей. В связи с этим резко ухудшилось качество оказываемой медицинской помощи. По этой же причине для диагностики и лечения многих заболеваний жители вынуждены обращаться за медицинской помощью в медицинские центры Москвы и Санкт-Петербурга, Новосибирска, что вызывает значительное увеличение затрат на лечение. Кроме того, необходимость таких дальних поездок резко ухудшает качество последней, в связи с потерей оперативности и своевременности.

Данные статистики подтверждают ежегодное снижение

укомплектованности медицинскими кадрами российских больниц (см. табл. 5). Особенно это касается среднего и младшего персоналом медучреждений. Молодые специалисты не стремятся идти на работу в поликлиники. Более 60% практикующих врачей – старше 50 лет, а 30% врачей – люди пенсионного возраста. Особо тревожная ситуация сложилась в сельской местности, где ежегодный отток медицинских кадров составляет 3% врачей и около 5% медсестер. Кроме того, снижается обеспеченность квалифицированными кадрами больниц.

Таблица 5

**Обеспеченность врачами (на 10 000 населения) Удмуртской Республики**

	2005	2006	2007	2005 (ПФО)	2005 (РФ)
Круглосуточные	120,8	119,1	115,9	98,3	98,0
Дневного стационара из них: при поликлинике	6,4	7,3	7,2	10,0	7,5
при стационаре	8,7	8,6	9,1	8,1	6,5
Врачами всего (кроме зубных)	48,4	49,2	49,1	41,3	42,7
Работники со средним медицинским образованием	115,9	116,0	115,3	103,0	94,9

В России уровень расходов, заложенных в бюджете на здравоохранение в 2007г., составил 3,78%, в то время как расходы на национальную оборону и безопасность составили 13%. Как видно из рис. 1 темпы роста расходов на медицину превышают темпы роста общих бюджетных расходов. Однако если в 2005 году расходы увеличились почти в два раза, то в течение двух лет происходит их постепенное снижение. Тем не менее, по сравнению с 2002 годом расходы на здравоохранение увеличились в 6,5 раз.

В 2006г. в России началась реализация четырех национальных проектов – в образовании, ЖКХ, сельском хозяйстве и здравоохранении. В рамках национального проекта перед здравоохранением поставлена цель в ближайшие два года повысить квалификацию более чем одной трети медицинских работников, существенно увеличить качество и уровень жизни медицинских работников, сократить неуккомплектованность медицинских учреждений.

В 2006 году из средств федерального бюджета на реализацию Национального проекта «Здоровье» израсходовано 59,7 млрд. рублей.

К итогам реализации национального проекта «Здоровье» можно отнести:

- врачи первичного звена здравоохранения, родовспоможения, скорой помощи – получили существенное увеличение материального вознаграждения;
- почти треть таких врачей (более 26 тысяч человек) прошли переподготовку и повысили свою квалификацию. Увеличилась численность врачей на более чем 7,7 тысяч человек, причем более 40% из них – молодые специалисты;
- заменены десятки тысяч единиц устаревшего оборудования. Обновлено около 70% парка автомобилей скорой помощи;
- практически все амбулаторно-поликлинические учреждения переоснащены современным рентгенологическим, ультразвуковым, лабораторным, эндоскопическим оборудованием. Впервые у граждан России появилась возможность получить полный спектр диагностических исследований;
- время ожидания обследований в большинстве амбулаторно-поликлинических учреждений сократилось с 10 до 3-5 дней, а уровень доступности высокотехнологичной медицинской помощи увеличился более чем в 3 раза, с 20% в 2005 году до 32% в 2007 году;



**Рис. 1. Темпы роста бюджетных расходов**

- удалось обеспечить снижение показателя первичного выхода на инвалидность в результате дополнительной диспансеризации и углубленных медицинских осмотров, которые прошли 14,2 млн. работников бюджетной сферы

и работников, занятых на производствах с вредными и опасными факторами.

Как некий результат реализации национального проекта «Здоровье» можно рассматривать статистические данные за первое полугодие 2008 года по росту рождаемости в России на 7,8% и снижению смертности на 0,8%.

Обсуждаемый «инновационный» сценарий развития здравоохранения, основывается на том, что: в здравоохранении будет развиваться система стратегического планирования, в учреждениях здравоохранения заработают механизмы по повышению уровня управления государственной и муниципальной собственностью; будет достигнута структурная эффективность здравоохранения; произойдет модернизация основных фондов, а ежегодные темпы обновления активной части основных фондов составят 15–20% от их балансовой стоимости.

Инновационный подход к управлению ресурсами здравоохранения включает в себя: миссию, цели и задачи управления инновационной деятельностью; организационную инфраструктуру здравоохранения; финансово-экономические отношения между субъектами здравоохранения; методы и правила финансирования и регулирования деятельности учреждений здравоохранения; бюджетные ограничения, нормативы объемов оказания медицинской помощи населению; структурно-организационные стандарты (медицинские паспорта районов, паспорта учреждений здравоохранения, требования к организации и табели оснащений учреждений здравоохранения и пр.); технологические стандарты оказания медицинской помощи населению; целевые показатели деятельности системы здравоохранения и учреждений здравоохранения и прочее.

Подобный подход позволил сформулировать финансовую модель здравоохранения, которая основана на использовании в здравоохранении стандартов оказания медицинской помощи населению. Стандарты – это нормативный правовой акт; это минимальный социальный норматив, гарантирующий населению четко регламентированный объем бесплатной медицинской помощи соответствующего уровня; это медицинская технология; это финансовый норматив за единицу медицинской услуги; это инструмент контроля качества медицинской помощи и механизм привлечения инвестиций в

здравоохранение.

8. Почти все достижения медицины за последнее время связаны с детским направлением. Здоровый ребенок благодаря современным методам диагностики избавлен от многих рисков серьезно заболеть, а рожденный с недугом будет вылечен (в младенчестве более чем в 60% случаев удастся победить болезнь). В связи с этим приоритетом системы здравоохранения должно стать здоровье детей. Действовать в этом направлении нужно немедленно, поскольку так называемая точка невозврата, когда вырождение нации становится необратимым, уже достигнута. Более 40% детей в России рождаются больными или заболевают вскоре после появления на свет. В среднем каждый десятый ребенок сегодня рождается недоношенным и с низкой массой тела. А общая заболеваемость детей всех возрастов и вовсе ежегодно увеличивается на 5-6%.

Следует отметить, что младенческая смертность в Удмуртской Республике имеет стабильную тенденцию к снижению в течение последних пяти лет (табл. 6). Младенческая смертность в 2007 году снизилась до 8,44 на 1000 живорожденных, что на 21,8% ниже уровня предыдущего года.

Таблица 6

<b>Фетонинфантильные потери</b>					
	2005	2006	2007	2006 (ПФО)	2006 (РФ)
Младенческая смертность, (%)	11,6	10,8	8,44	9,9	10,2
Перинатальная смертность, (%)	11,6	11,1	8,32	9,5	9,6
Ранняя неонатальная смертность, (%)	5,4	4,7	3,18	4,0	4,2
Мертворожденность, (%), в т.ч.:	6,2	6,4	5,16	5,5	5,3
Аntenатальная смертность, (%)	79,8	75,4	70,3	н.д.	н.д.
Интранатальная смертность, (%)	20,2	24,6	29,7	н.д.	н.д.

Как показывает анализ результатов реализации национального проекта «Здоровье», проделанные мероприятия уже положительно сказались на работе персонала женских консультаций родительных домов и детских поликлиник: изменилась система оплаты труда, существенно повысилась оплата младшего и среднего персонала, улучшилось качество работы, пожалуй, впервые появилась реальная конкуренция среди родильных домов. Кроме того, важнейшим показателем реализации проекта стала доступность медицинской помощи всем беременным женщинам. В дальнейшем можно будет наблюдать существенный

эффект от реализации программы. С повышением уровня жизни врачей, повысится качество лечения. Необходимо отметить, что в России кроме федеральной целевой программы «Дети России» появилась еще одна принципиально новая программа, направленная на поддержку материнства и охрану здоровья ребенка и обеспечивающая выплаты по «родовым сертификатам».

С 2007 года стоимость родового сертификата увеличилась, и часть средств по желанию женщины теперь может быть направлена в детскую поликлинику с целью постоянного наблюдения за ребенком до достижения им полутора лет. Кроме этого, будет введен стопроцентный неонатальный скрининг по выявлению врожденных и наследственных заболеваний у новорожденных, построены 14 высокотехнологичных перинатальных центров. Родовой сертификат это, по сути, документальное подтверждение того, что государственные и муниципальные учреждения здравоохранения (женские консультации и роддома) получили дополнительное финансирование на оказание помощи женщинам.

Выделенные по родовым сертификатам средства должны использоваться на закупку техники и оборудования, медикаментов и на надбавку к заработной плате врачей. Средства на оплату услуг по родовым сертификатам не учитываются при направлении средств учреждениям из бюджетов всех уровней и иных источников, в том числе средств, выделяемых на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования субъектов РФ в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования, поэтому для учреждений здравоохранения эти средства являются дополнительным источником финансирования.

Оплата услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности и (или) родов, государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения производится за счет средств, перечисляемых Фонду социального страхования РФ на эти цели из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Проанализировав итоги финансирования данного проекта в Удмуртской Республике, нами сделан вывод, что большинство средств было выделено городским учреждениям республики, при этом тот факт, что оплаченных талонов №2 меньше чем №1 говорит о том, что не все дети родились живыми (лишь 86% сертификатов оплачено родильным домам).

Все сказанное указывает на то, что в России начался плавный переход к новой модели здравоохранения. Опыт реализации национальных проектов пока невелик. Главными вопросами, ответы на которые пока неизвестны, стали вопросы о том, надолго ли разделились полномочия органов власти в сфере здравоохранения и что будет после окончания срока реализации национального проекта «Здоровье»?

#### **Публикации по теме диссертации**

1. Михайлова Е.В. Национальные проекты в решении проблемы обеспеченности регионов квалифицированными медицинскими кадрами // Вестник ИжГТУ. – 2008. – №3 (39) – 0,2 п.л. (Журнал, рекомендуемый ВАК)
2. Михайлова Е.В. Состояние здоровья населения – важнейший фактор, определяющий качество человеческих ресурсов // Социально-экономическое управление: теория и практика. Ижевск. – 2006. – 0,2 п.л.
3. Михайлова Е.В. Здоровье как индикатор качества жизни. Двадцатые международные Плехановские чтения (3-6 апреля 2007г.) Тезисы докладов. – М.: Изд-во: Рос. эконом. акад. 2007. – 0,1 п.л.
4. Михайлова Е.В., Галиахметов Р.А., Ибрагимова Л.А., Перминова О.М., Пушина Н.Н., Христенко Е.В., Ахвердибеков С.А., Мельников С.А., Ан Т.Е., Савельев М.Ю., Аношин А.В., Якубова Н.Р., Галиахметова М.Р. Экономика труда. Учебное пособие. Ижевск, 2007. – 24 п.л. (0,5 п.л.)
5. Михайлова Е.В. Влияние демографической ситуации на качество рабочей силы в России. Трудовой потенциал как важнейший фактор социально-экономического развития территории: материалы международной научно-практической конференции: в 2 ч. / Воронежский государственный университет. – Воронеж, 2008. – 0,5 п.л.
6. Михайлова Е.В. Показатели уровня жизни и факторы, влияющие на качество жизни // Social and Economic Revue Scientific Journal, Faculty of Social and Economic relations Alexander Debchek University of Trenchin. Slovakia, – 2008. volume 6. – 0,2 п.л.



Отпечатано в типографии  
ГОУ ВПО «Российской экономической академии  
им. Г. В. Плеханова».  
Тираж 100 экз. Заказ № 21





102